

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Význam chráněného bydlení na zkvalitnění života osob s
duševním onemocněním**

**Importance of sheltered housing for making mentally disabled
people's lives better**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

RNDr. Mgr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Petra Sýkorová

Praha 2019

Poděkování

Jako první bych ráda poděkovala paní RNDr. Mgr. Janě Leontovyčové, CSc., nejen za odborné vedení této práce, ale především za trpělivost a ochotu při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, bez nich by tato práce nemohla vzniknout a v neposlední řadě také organizaci BONA, o.p.s. za umožnění rozhovorů s jejími klienty.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Význam chráněného bydlení na zkvalitnění života osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 7. 2019

Petra Sýkorová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá chráněným bydlením pro osoby s duševním onemocněním. Cílem práce je zjistit, zda má chránění bydlení kladný vliv na rozvoj samostatnosti osob se schizofrenií.

V teoretické části je charakterizováno duševní onemocnění schizofrenie - příčiny, symptomy, diagnostika a léčba. Další část se zaměřuje na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a jejím specifickým a pojmu kvalita života. V praktické části jsou analyzovány polostrukturované rozhovory s pěti klienty chráněného bydlení. Smyslem rozhovorů bylo najít odpověď na základní otázku, jakým způsobem chráněné bydlení ovlivňuje jejich život v základních oblastech života.

Klíčová slova

schizofrenie, chráněné bydlení, sociální práce, metody práce, kvalita života, Bona o.p.s.

Annotation

This bachelor thesis is about sheltered housing for mentally disabled people. Goal of this thesis is to investigate, whether sheltered housing has a positive influence on development of independence of people with schizophrenia, or not.

Theoretical part of the thesis describes a mental illness called schizophrenia – causes, symptoms, diagnosis and treatment. Focus of the next part is on social work related to helping mentally disabled people, its specifics and also on the quality of life concept.

Practical part of the thesis consists of semi-structured interviews with five clients of sheltered housing. Goal of those interviews was to find out how exactly does sheltered housing influence their life.

Keywords

schizophrenia, supported housing, social work, methods of social work, quality of life, Bona o.p.s.

Obsah

Obsah	5
Úvod.....	7
1. Schizofrenie.....	8
1.1. Definice	8
1.2. Příčiny nemoci	8
1.3. Příznaky.....	10
1.3.1. Pozitivní symptomy	10
1.3.2. Negativní symptomy.....	12
1.3.3. Kognitivní poruchy	12
1.3.4. Poruchy nálady	13
1.4. Průběh	13
1.5. Diagnostika	13
1.6. Léčba	15
2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	16
2.1. Komunikace s duševně nemocným člověkem	16
2.2. Oblasti potřebné péče	17
2.2.1. Překonávání společenské izolace a stigmatizace	17
2.2.2. Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností	17
2.2.3. Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné.....	17
2.2.4. Chráněná práce	17
2.2.5. Smysluplné trávení volného času	18
3. Chráněné bydlení.....	18
4. Společnost BONA o.p.s.....	19
4.1. Poskytované služby	20
4.1.1. Sociální rehabilitace.....	20
4.1.2. Podpora samostatného bydlení	20
4.1.3. Chráněné bydlení	20
4.2. Metody práce s klienty	21
5. Kvalita života.....	22
5.1. Definice	22
5.2. Faktory ovlivňující kvalitu života	22
5.3. Kvalita života osob s duševním onemocněním	23
6. Praktická část.....	25

6.1. Kvalitativní výzkumná metoda	25
6.2. Technika sběru dat	25
6.3. Cíl výzkumu	25
6.4. Respondenti.....	26
6.5. Průběh výzkumu.....	27
6.6. Analýza a interpretace získaných dat	27
Závěr	40
Seznam použitých zdrojů.....	42
Seznam obrázků a tabulek	45
Seznam příloh	46

Úvod

Ačkoli žijeme již ve 21. století a věda, včetně lékařství, míří milovými kroky kupředu, tak i přesto je schizofrenie a její léčba opřena tajemstvími. Nikdo nezná přesné důvody vzniku onemocnění, nikdo nezná přesné struktury mozku, které onemocnění zasahuje a v neposlední řadě nikdo neví, jak onemocnění trvale vyléčit.

Organizace, které pomáhají pacientům s duševním onemocněním, uvádějí, že v České republice je zhruba 100 000 obyvatel (jedná se zhruba o 1 % z celé populace) trpících schizofrenií. Dále se uvádí, že zhruba třetina pacientů dostane svou nemoc pod kontrolu, u třetiny pacientů dojde díky léčbě ke zlepšení, avšak některé příznaky nemoci přetrvávají nebo se vracejí a u třetiny pacientů schizofrenie přejde do chronické fáze, tedy neustále se vracející se ataky. (ČTK, 2018)

Vlivem nemoci jsou zasaženy všechny oblasti pacientova života a důležitou součástí zotavení je po hospitalizaci pokračování v léčbě, nejen té farmaceutické, ale především v psychosociální. Velkou nápomocí v úspěšné léčbě a vyrovnaní se se stigmatizací, která se pacientů s duševním onemocněním dostává, je institut chráněného bydlení.

Jelikož mě téma duševních onemocnění velmi zajímá a zároveň mám blízko k neziskové organizaci Bona o.p.s., která provozuje chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním, rozhodla jsem se svou bakalářskou práci věnovat právě tomuto tématu. Cílem práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku – Jaká subjektivní pozitiva přináší chráněné bydlení klientům? Odpověď na tuto otázku hledám prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří službu chráněného bydlení v současné době využívají.

Práce je rozdělena do šesti kapitol. Nejprve se zabývám definicí pojmu schizofrenie, následně se věnuji příčinám nemoci a jejím symptomům, průběhu nemoci, její diagnostice a léčbě. V druhé části se snažím o vytyčení základních pravidel sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Následně definuji institut chráněného bydlení, ve stručnosti se také věnuji neziskové organizaci Bona o.p.s. Na závěr teoretické části se zabývám pojmem kvalita života, se kterým operuji již v názvu práce, a je tedy velmi důležité ho definovat. V praktické části nastiňuji průběh výzkumného šetření, představuji informace o dotazovaných. Poslední kapitola je věnována interpretaci zjištěných dat. Závěr shrnuje veškeré poznatky a odpovídá na výzkumné otázky.

1. Schizofrenie

1.1. Definice

Pojem schizofrenie pochází ze spojení dvou různých slov, a to ze slova „schizein“ - rozštěp a „phron“ - mysl. Pojem poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuer na počátku dvacátého století, který se domníval, že mezi nejdůležitější charakteristiky symptomů, které jeho pacienti vykazovali, patří rozštěp různých psychických funkcí. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Z lékařského hlediska je schizofrenie psychotické onemocnění, které ovlivňuje téměř všechny primární psychické funkce. Mezi základní psychické funkce patří myšlení, vnímání, pozornost, paměť, vůle. Všechny tyto oblasti (ale také i další oblasti) jsou nemocí narušené. (Benda, 2007)

Schizofrenie je odborníky považována za jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Ze všech psychiatricky hospitalizovaných pacientů tvoří schizofrenici cca 25 % všech pacientů. Z povahy symptomů se v téměř všech případech jedná o chronické onemocnění, které zapříčiňuje trvalou invaliditu. Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že na celém světě je přibližně 25 milionů lidí trpících schizofrenií a méně než 50 % z nich se dostává potřebné lékařské péče. (Češková, 2012)

1.2. Příčiny nemoci

Ačkoli je schizofrenie odborníkům známá již více než století, do dnešní doby zůstává onemocnění opřeno tajemstvím. Příčiny vzniku nejsou jednoznačně objasněné, jedná se však o kombinaci více faktorů a jejich vzájemným působením.

Dle posledních výzkumů pacienti se schizofrenií vykazují změny ve struktuře mozku, avšak vzhledem k závažnosti onemocnění nejsou změny tak výrazné, jak by se dalo očekávat. Základy pro změny vznikají již během nitroděložního vývoje, které se i vlivem dalších faktorů mohou projevit okolo dvacátého roku života. Příčinou je pravděpodobně narušená komunikace mezi různými oddíly mozku, nejen tedy poškození v jeho jedné části. (Skopová, 2016)

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů je dědičnost. Vědecké výzkumy prokázaly, že pokud jeden rodič má diagnózu schizofrenie, pro dítě se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění o 10%, pokud mají schizofrenii oba rodiče, riziko pro dítě se zvyšuje až na 40 %. (Skopová, 2016)

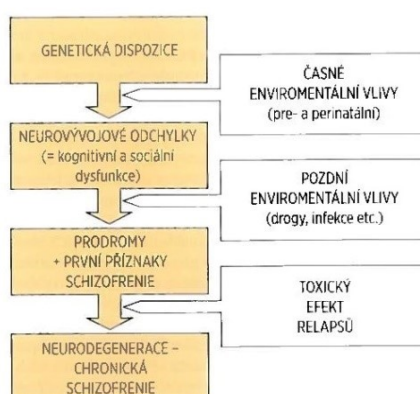
Mezi další rizikové faktory patří vlivy prostředí. Jedním z nich je urbanizace. Se zvětšující se vzdáleností od centra města se snižuje incidence¹ schizofrenie, jinými slovy čím vyšší je hustota obyvatelstva a osídlení v dané oblasti, tím vyšší je riziko propuknutí nemoci. Tato hypotéza mimo jiné souvisí s vyšším výskytem agens², neboť člověk se při větší koncentraci lidí snáze nakazí. V tomto případě je řeč o těhotné matce ve druhém trimestru těhotenství, kdy je plodu narušen vývoj fetálního mozku. Dalším infekčním agens, které mohou hrát roli při vzniku onemocnění, je toxoplasma gondii. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Plod není během těhotenství matky ohrožen jen infekčními agens, ale také nedostatečnou výživou během první třetiny těhotenství matky. V rámci těhotenství je také jako rizikový faktor hodnocen věk otce. Čím starší otec dítěte, tím více je plod v budoucnu ohrožen. Dále také mohou nastat komplikace při porodu, především se jedná o preeklampsii, vakuovou extrakci, fetální hypoxii a anoxii. (Češková, 2012)

Dalším zajímavým zjištěním je častější výskyt (o cca 10 %) u osob narozených v zimě a na jaře, konkrétně v měsících na začátku roku – od ledna do března. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

U užívání THC je již dlouhodobě potvrzena souvislost s rozvojem psychóz. V tomto vztahu platí přímá kauzalita. Čím vyšší dávky THC, tím vyšší riziko rozvoje. Dle odhadů, které vycházejí z vědeckých výzkumů, se odhaduje, že užívání marihuany způsobuje schizofrenii u 8-14% adolescentů. THC není rizikové pouze pro samotný rozvoj schizofrenie, ale její užívání také zvyšuje riziko relapsu. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Obrázek č. 1 – Neurobiologie schizofrenie – možné kauzální souvislosti



Zdroj: Bankovská Motlová, Lucie a Filip Španiel: Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století.

¹ Incidence = nemocnost, demografický ukazatel – poměr nově vzniklých případů onemocnění, v daném časovém období k celkovému počtu osob ve sledované populaci (Zahradníček, 2013)

² Agens = původce, činitel, příčina nemoci (Zahradníček, 2013)

1.3. Příznaky

Schizofrenie jako duševní onemocnění se u každého nemocného projevuje zcela originálními příznaky a neexistují na světě dva totožní jedinci, kteří by měli zcela totožné příznaky nemoci.

Schizofrenie je dlouhodobá nemoc, která je takzvaně „v pohybu“. Příznaky se postupně vyvíjejí, mění se v čase. Jednotlivé příznaky spolu souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří komplexní obraz nemoci. Jeden symptom nemusí znamenat vůbec nic, ale v kontextu ostatních příznaků tvoří jasnou představu o chorobě. (Kučerová, 2010)

Symptomy onemocnění je možné rozdělit na specifické a nespecifické symptomy. Specifické symptomy lze dále rozdělit do 4 skupin: 1. psychotické symptomy (nazývané také jako pozitivní symptomy), 2. poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (taktéž negativní symptomy), 3. poruchy poznávacích funkcí, především paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (kognitivní symptomy), 4. symptomy depresivní nebo manické (afektivní symptomy). Mezi nespecifické symptomy, které schizofrenii doprovázejí, jsou například nespavost či jiné poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkosti, pocity napětí. (Češková, 2012)

1.3.1. Pozitivní symptomy

- Ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek

Pokud zdravý člověk přemýšlí, slyší v hlavě vlastní myšlenky bez zvuku. Pokud přemýšlí člověk s diagnózou schizofrenie, má pocit, že jeho myšlenky jsou ozvučené, proto je často postižený přesvědčen, že myšlenky nejsou jeho vlastní, někdo mu myšlení ovlivňuje. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015)

- Bludy

Blud je patologická porucha myšlení, kdy je pacient mylně přesvědčen o nějaké situaci, která však není pravdivá. Bludy přicházejí postupně a lze je opět rozdělit do několika typických kategorií. (Praško, 1998)

Jako první se většinou objevují bludy vztahovačnosti, kdy nemocný je přesvědčen, že celá společnost je zaměřena na něj – na ulici ho všichni pozorují, jeho telefon je napíchnut štenicí a odposloucháván, je pronásledován policií,.. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Dalším typem bludů, které se u nemocných objevují, jsou bludy zevní kontroly. Jedná se o tzv. Bizarní bludy, které jsou zcela nepravděpodobné, že by se mohly

skutečně odehrávat – například je přesvědčen, že má po vnějším zásahu zrcadlově přemístěné orgány v dutině břišní, že se dotýčný stal pokusným objektem mimozemšťanů, kteří mu implantovali zařízení, díky kterému mu ovládají myšlenky a postupně se pokusí ovládnout celý svět. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Pokud si nemocný například myslí, že jeho soused ho pronásleduje a ohrožuje ho používáním laseru a následně na to reaguje umístěním speciální fólie na zeď, aby zabránil pronikání laseru skrz zeď, jedná se o bludy tzv. panaroidně-persekuční. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Dalším častým typem bludů, který se u nemocných často objevuje je blud invertorní. Pacient se snaží o prosazení svých „vynálezů“ jako přístrojů, které například pomáhají rušit negativní vlivy, které na lidstvo vypouštějí mimozemšťané, atd. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

- Halucinace

Halucinace se vyznačují tím, že pacient slyší, vidí, cítí (halucinovat je možné všemi lidskými smysly), co nikdo jiný neslyší, nevidí, necítí.

U cca 50 % pacientů se objevují sluchové halucinace. Při sluchových halucinacích může pacient slyšet jak mužské, tak ženské hlasy, které promlouvají buď mezi sebou nebo k pacientovi ve třetí osobě, nebo mohou promlouvat přímo k němu. Hlasy mohou komentovat chování a jednání pacienta nebo mu dokonce určité chování nakazovat. Mluvicí hlasy a také zvuky může nemocný slyšet i jiným orgány než pouze ušima, většinou přímo mozkiem, jakoby hlasy promlouvaly přímo uvnitř jeho hlavy. V tomto případě se jedná o halucinace intrapsychické. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Patnáct procent pacientů prožívá zrakové halucinace nebo vidiny. Nemocný buď vidí něco, co ve skutečnosti neexistuje nebo vidí existující objekty, ale vidí je zkresleně – mikropsie, makropsie, deja vu, bizarnosti, ... (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Taktilní halucinace, které se týkají hmatových receptorů, se vyskytují u 5 % nemocných. Při čichových a chuťových halucinacích pacienti cítí vůně, mohou být příjemné i nepříjemné, a jsou často spjaty s bludy z kategorie paranoidně persekučních. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Jedním z posledních typů halucinací jsou verbálně motorické séglasovy halucinace, kdy nemocní jsou přesvědčeni, že to co říkají, neříkají sami za sebe, ale mluví

za ně někdo cizí a vkládá mu do úst slova, která by on sám nikdy neřekl. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

- **Dezorganizace**

Při schizofrenii dochází k formálním poruchám myšlení, které se projevují dezorganizací řeči a chování. Řečová dezorganizace se může projevovat mnoha způsoby – používáním neologismů, kterým rozumí pouze nemocný, neschopností udržet téma rozhovoru, inkoherece, opakování slov / slovních spojení / vět po partnerovi v rozhovoru, opakování slov bez smyslu či nemluvnost. Dezorganizace v chování se projevuje zanedbáním každodenních povinností – hygiena, potrava, oblékání se, nezvládání režimu, pracovního režimu, ... (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

- **Poruchy motoriky**

V rámci poruchy motoriky může být aktivita výrazně zvýšena nebo naopak výrazně utlumena. Pokud se nemocný nehýbe vůbec, jedná se o stav stupor³, který potencionálně může ohrožovat život, neboť může dojít k dehydrataci nemocného, defektům měkkých tkání, které vznikají na základě špatného prokrvení tkání /dekubit), případně i embolii. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

1.3.2. Negativní symptomy

Negativní symptomy se projevují omezením psychiky v emocionální složce a volní složce. Dochází k apatii, ztrátě motivace, snížení emoční reaktivity, ztrátě zájmu o sociální vazby, a to vše v důsledku snížení dopaminergní aktivity. Negativní příznaky se většinou projevují zároveň s pozitivními příznaky. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

1.3.3. Kognitivní poruchy

Při poruchách kognitivních funkcí dochází k narušení poznávacích schopností, především paměť, pozornost, schopnost plánovat, řešit problémy, flexibilně reagovat na změnu, proto výrazně ovlivňuje pracovní výkon a sociální dovednosti. Kognitivní poruchy se projevují v prodromální, floridní i chronické fázi nemoci. (Češková, 2012)

³ Stupor = chorobný stav, ve kterém dochází k setrvání ve strnulých, často i nepřírozených polohách (Zahradníček, 2013)

1.3.4. Poruchy nálady

Samotné poruchy nálad, bez dalších symptomů, nesplňují diagnózu afektivní poruchy, avšak poruchy nálad ve většině případů doplňují diagnózu schizofrenie. Nejčastěji se jedná o depresi, úzkosti, vnitřní napětí a podrážděnost. (Češková, 2012)

1.4. Průběh

Výskyt schizofrenie je u obou pohlaví téměř totožná, jediný rozdíl je v propuknutí nemoci. U mužů nejčastěji dochází k rozpuštění nemoci mezi 15. a 25. rokem života, kdežto u žen dochází k rozpuku nemoci později, většinou mezi 25. a 35. rokem života, výjimečně až do 45. roku. Stejně tak průběh nemoci je u mužů i žen podobný. (Češková, 2012)

V první fázi se jedná o prodromy – varovné příznaky, které předcházejí propuknutí nemoci. Jedná se o podrážděnost, neklid, náladovost, antisocializaci, ztrátu sebevědomí, zájmů a energie. Vyskytovat se mohou až 5 let než přijde období rozvinutí psychózy, neboli první ataka, která trvá zhruba 6 měsíců a dochází k projevům jak pozitivních symptomů, tak negativních a ataka v plné síle ovlivní život pacienta, neboť zpravidla končí hospitalizací. Po odeznění příznaků následuje období tzv. Remise, kdy je nemocný stabilizovaný, odezněly bludy, halucinace a další příznaky. Jinými slovy by se dalo říci, že nemoc ustoupila, ale pouze zdánlivě. Pacient je stále náchylný k další atace a je nutné plně dodržovat stanovenou léčbu. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017) Nejvíce ohrožený je nemocný první rok po jejím ústupu a nedá se dopředu určit, komu hrozí relaps, tedy znovu propuknutí nemoci. Zhruba třetina nemocných prodělá během života pouze jednu ataku, druhé třetině pacientů se nemoc opakovaně vrací a třetí třetina má chronický průběh nemoci. (Češková, 2007)

1.5. Diagnostika

V moderní medicíně neexistuje laboratorní způsob vyšetření, který by sloužil k diagnostice schizofrenie. Stanovování diagnózy probíhá formou pozorování pacienta, subjektivního popisu jeho obtíží, z klinického nálezu typické psychopatologie a narušení osobnosti.

Diagnostikovaní pacienti nejčastěji hovoří o sluchových halucinacích v podobě hlasů. Dalšími častými vodítky je oploštění emocionality, sociální izolovanost a

omezení zájmů o cokoliv. Při stanovování diagnózy může lékař také využít pomocné laboratorní testy, jako je krevní obraz, elektroencefalogram, počítačová tomografie, magnetická rezonance, nebo projektivní test. (Látalová, el hl., 2013)

V současné době existují dva typy diagnostických manuálů, které slouží ke kategorizaci duševních onemocnění. Jedná se o DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, vypracovaný Americkou psychiatrickou asociací, který je v platnosti od roku 2013. V České republice je platná Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10, za kterou stojí odborníci ze Světové zdravotnické organizace. Oba zmíněné diagnostické systémy definují schizofrenii podobně, hlavní rozpor mají v délce trvání symptomů. Dle DSM IV musí symptomy pro diagnostiku schizofrenie přetrvávat alespoň šest měsíců, kdežto dle MKN 10 alespoň jeden měsíc. (Češková, 2012)

MKN-10 stanovuje kritéria pro diagnostiku schizofrenní poruchy následujícím způsobem: „*požadavek přítomnosti minimálně jednoho z příznaků ad a) až d) nebo dvou příznaků ad e) až i) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce:*

- a) manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání, vysílání myšlenek)*
- b) bludy ovládání (kontrolovatelnosti)*
- c) sluchové halucinace (komentující chování nemocného)*
- d) jiné bludy*
- e) jiné halucinace*
- f) formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherece)*
- g) katatonní příznaky (vzrušenost, setrvání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor)*
- h) negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ochuzení emočních reakcí)*
- i) nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)“ (Češková, 2012)*

Dle MKN-10 se schizofrenie se dělí na několik podtypů:

Paranoidní schizofrenie (F20.0) – vyznačuje se chorobným a nevтіravým přesvědčením, že je jedinec sledován, je objektem spiknutí či pronásledování, je s ním špatně zacházeno nebo že je mu dokonce usilováno o život (neboli perzekučními bludy). Toto přesvědčení je často doprovázeno sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) – typ schizofrenie, který by se měl diagnostikovat pouze v dospívání a v rané dospělosti. Dochází k velmi rychlému rozvoji negativních symptomů, jedinec se stává často sociálně izolovaným. Dochází ke změnám nálad a chování, které se stává nezodpovědné a těžko předvídatelné. Myšlení je neorganizované a řeč nesouvislá.

Katatonní schizofrenie (F20.2) – projevuje se výraznými psychomotorickými poruchami.

Nediferencovaná schizofrenie – jedná se o psychotické stavy, které splňují diagnostická kritéria schizofrenie, ale jsou nezařaditelné do podtypů F20.0-F20.2, případně se jedná o takovou schizofrenii, která má příznaky zařaditelné do více podtypů, ale žádný z příznaků výrazně nepřevažuje.

Postschizofrenní deprese (F20.4) – jedná se o depresivní stav, který se objevuje jako dozvuk nemoci. Příznaky schizofrenie, mohou být jak pozitivní, tak negativní, se stále projevují, ale již nejsou v popředí klinického obrazu.

Reziduální schizofrenie (F20.5) – typ schizofrenie s chronickým průběhem, který je doprovázen opakujícími se atakami a zintenzivňujícími se negativními symptomy. Léčba reziduální schizofrenie není příliš úspěšná, u mnoha pacientů dojde k trvalému ústupu kognitivních schopností.

Schizophrenia simplex (F20.6) – jedná se o typ schizofrenie, která se vyvíjí bez zjevných psychotických příznaků, proto je nástup nemoci velmi pozvolný a poměrně nenápadný. Projevuje se primárně podivnostmi v chování – není schopen vyhovět a řídit se společenskými normami chování, dochází k úpadku celkového projevu, rozvíjí se především negativní symptomy nemoci.

Jiná schizofrenie (F20.8) – cenestopatická schizofrenie

Schizofrenie NS (F20.9)

(Kučerová, 2010)

1.6.Léčba

Léčba schizofrenie ve 21. století již nestojí pouze na odstraňování symptomů, ale na celkovém uzdravení, tedy znovu obstát v životních situacích a sociálních rolích. Uzdravení však vyžaduje komplexní přístup, který obsahuje jak farmakoterapii, tak psychosociální intervenci.

Na spoustu věcí, které se týkají schizofrenie, mají jednotliví odborníci rozdílné názory, na čem se však téměř výhradně shodují, je, že nejlepší je začít léčbu již ve fázi prodromů. Jedná se o fázi, kdy nemocný vykazuje první nespecifické příznaky, jako je podrážděnost, náladovost, nízké sebevědomí, málo energie. Tyto symptomy je možné pozorovat již kolem patnáctého roku života, což diagnostiku v této fázi ztěžuje, neboť podobné projevy vykazuje i puberta. Po prodromech již přichází první ataka a tedy plné propuknutí nemoci. (Svoboda et. al., 2006)

Základní léčbou je vždy farmakoterapie antipsychotiky, které odstraňují příznaky a působí preventivně proti relapsu. Psychosociální intervence má za úkol řešit problémy, které psychofarmacie nevyřeší.

2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Jak je zmíněno výše, léčba schizofrenie je běh na dlouhou trať a vyžaduje komplexní přístup. Kromě správně nastavené léčby psychofarmaky potřebuje nemocný pomoc na úrovni sociální, ideálně od odborníků, kteří vědí, jak s nemocným pracovat tak, aby uzdravení mělo co největší šanci na úspěch, jedná se o tzv. sociální rehabilitaci. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

2.1. Komunikace s duševně nemocným člověkem

V komunikaci by se sociální pracovník měl přizpůsobit možnostem a projevům nemoci pacienta, ale vždy by měl dodržovat zásadu, že se k nemocnému chováme jako k sobě rovnému a považujeme ho v rozhovoru za partnera.

Často pacient nedokáže udržet hlavní linku rozhovoru, proto je na sociálním pracovníkovi, aby odlišil podstatné od nepodstatného a často je nutná obří množství trpělivosti. Ačkoli je klient často pod vlivem nemoci (trpí bludy, halucinacemi a dalšími symptomy, které ovlivňují jeho vnímání) a je přesvědčen o nesmyslných věcech, není možné je znevažovat a chovat se blahosklonně, je nutné zvolit empatický a férový přístup. (Kučerová, 2010)

2.2.Oblasti potřebné péče

2.2.1. Překonávání společenské izolace a stigmatizace

Do dnešní pokrokové doby je stále k duševním onemocněním přistupováno s velkými předsudky a nemocní se často dostávají do společenské izolace. Nemoc sama o sobě svými projevy ovlivňuje jejich schopnost budovat a podporovat mezilidské vztahy, často však je také k nemocnému přistupováno s předsudky, které napomáhají izolovanosti. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

2.2.2. Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností

Duševní onemocnění významným způsobem ovlivňuje sociální život nemocného. Prvotní rehabilitace, která připraví na přechod do původního sociálního prostředí, by měla probíhat již v nemocničním prostředí, aby návrat do běžného prostředí byl co nejhladší. Po propuštění z lůžkového zařízení by měly přebrat starost o nemocné návazné služby komunitní péče – denní stacionáře, sociální centra, centra denních aktivit se zájmovou činností, kluby, poradny. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

2.2.3. Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné

Duševní onemocnění výrazným způsobem ovlivňuje všechny aspekty života, nemocní jsou často dlouhodobě hospitalizováni, často se tam po remisích na určitý čas vrací, proto potřebují podporu v oblasti bydlení. Každý nemocný by měl mít možnost využívat co nejvíce samostatnou formu bydlení, kterou mu nemoc dovolí. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010)

2.2.4. Chráněná práce

Pro mnoho nemocných duševní onemocnění znamenají částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Důvodem jsou poruchy kognitivních funkcí, pozornosti, emocí. Úkolem sociální rehabilitace je mimo jiné snaha o navrácení klientů do pracovního života. Jako první forma jsou využívány chráněné dílny, kde prostřednictvím docházky do dílen se snaží o obnovu a navrácení pracovních návyků. Častou formou chráněných pracovišť jsou kavárny a řemeslné dílny. Pokud klienti zvládají práci v chráněných dílnách, sociální pracovníci jim pomáhají získat tzv. Přechodné a podporované zaměstnání, které je již

poskytováno na otevřeném trhu práce v běžných firmách. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010)

2.2.5. Smysluplné trávení volného času

Volný čas a jeho smysluplné trávení je velice důležité a úzce souvisí se socializací a integrací do běžného života. V rámci sociální rehabilitace je pacientům nabízeno široké množství aktivit – práce s počítačem, společenské akce, výuka jazyků,... (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

3. Chráněné bydlení

Sociální služba chráněného bydlení je v české legislativě upravena Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., paragrafem 51. Dle tohoto zákona zní definice následovně: *„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, případně individuálního bydlení.“*

Služba dle tohoto zákona obsahuje základní činnosti:

- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Poskytnutí ubytování
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutická činnost
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Úhrady za poskytování sociální služby chráněného bydlení se řídí Vyhláškou č. 505/2006 Sb., paragraf 9.

Někteří čeští odborníci, věnující se tématu sociální práce, ve svých publikacích definice chráněného bydlení upravují, doplňují, blíže specifikují. Například Matoušek ve své knize Sociální služby uvádí, že chráněné bydlení je služba mimo ústavní zařízení, která poskytuje svým klientům pomoc a podporu při zvládání každodenních činností. V České

republike jsou chráněná bydlení převážně pod ochrannými křídly nestátních organizací. (Matoušek, 2011)

Typy chráněného bydlení:

- Chráněné bydlení v rámci sociálních služeb – vychází z povahy ústavní péče, kdy chráněné bydlení je provozované v areálu léčebného zařízení. Klienti pobývající v tomto typu chráněného bydlení mají denní režim pevně spjatý s ústavní péčí, mají však zajištěno důstojnější bydlení a vyšší míru soukromí. (Pipeková, 2006)
- Domovy rodinného typu – chráněné bydlení je zřízeno v bývalých činžovních domech, ve kterých se nachází několik samostatných bytů. V každém bytě bydlí omezený počet klientů, kteří mají k dispozici svého asistenta. Tento typ bydlení dovoluje velmi individuální přístup a zajišťuje klientům velké soukromí. (Pipeková, 2006)
- Chráněné byty – cílem chráněných bytů je úplná integrace jedince do společnosti. Podpora asistenta vychází z individuálních potřeb klientů, nejčastěji se jedná o vedení domácnosti. Počet klientů v jednom bytě se stanovuje dle velikosti bytu a vždy platí, že každý klient by měl mít svůj vlastní pokoj, z toho zpravidla vyplývá 1 – 5 obyvatel bytu. Denní režim vychází ze zálib a priorit klientů. (Pipeková, 2006)
- Nezávislé bydlení se supervizí – je určeno pro klienty, kteří jsou již plně samostatní a zcela zvládají starost o sebe i o celou domácnost. Asistent je klientovi k dispozici v případě, že by potřeboval řešit situaci, kterou sám nezvládá, ještě ji neřešil apod. (např. Jednání s úřady, soudem, lékaři, ...). (Pipeková, 2006)

4. Společnost BONA o.p.s.

Společnost Bona je obecně prospěšná společnost, poskytující sociální služby od 1. 6. 1999, založena byla Nadací Bona, která z důvodu úpravy zákonů již nemohla dále poskytovat sociální služby, a MUDr. Zdeňkem Bašným. Od roku 2007 má Bona registrované tři sociální služby – chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení a sociální rehabilitaci. (Výroční zpráva, 2007)

Sama Bona deklaruje své poslání tak, že usiluje o znovu začlenění osob s duševním onemocněním do společnosti a o zkvalitnění jejich života při zajištění důstojných životních podmínek. Z této deklarace tedy vychází i cílová skupina, na kterou se Bona zaměřuje. Jsou jí dospělé osoby s duševní poruchou, která významně narušila

způsob jejich dosavadního života a dostala je do sociální izolovanosti. (Výroční zpráva, 2017)

4.1. Poskytované služby

4.1.1. Sociální rehabilitace

V rámci služby Sociální rehabilitace se Bona soustředí na oblast práce. Služba je poskytována lidem s duševním onemocněním z okruhu psychóz, kteří potřebují podporu při získání, udržení nebo obnovení pracovních a sociálních dovedností, které jim umožní nalézt a udržet si vhodné zaměstnání. V současné době společnost Bona provozuje dvě výrobní dílny – sklářskou a textilní, a jednu, která poskytuje služby – dílna Technických služeb pečuje o zeleň, poskytuje úklidové služby a provozuje malou prádelnu. Služba je pro klienty poskytována zdarma, ale také za svou práci klienti nedostávají mzdu. Maximální doba využívání služby je 4 roky. Během této doby, kromě podpory při získávání, obnovení a udržení pracovních a sociálních návyků, podpoří služba také klienta na otevřeném trhu práce, pomohou mu najít vhodné pracovní nabídky, pomohou s vytvořením životopisu, s přípravou na pracovní pohovor a další. (Sociální rehabilitace – oblast práce)

4.1.2. Podpora samostatného bydlení

Další službou je podpora samostatného bydlení, která je terénní, poskytována i ambulantní formou. Je možné službu využívat v prostředí tréninkových bytů nebo u klientů doma, ale také v zázemí kanceláří Bony. Cílem služby je nácvik, který má pomoci s praktickými záležitostmi, které jsou nezbytné k péči o domácnost. Službu je možné využívat maximálně 3 roky a je dle zákona zpoplatněna. (Podpora samostatného bydlení Praha 8 (tréninkové byty))

4.1.3. Chráněné bydlení

Poslední sociální službou, kterou Bona poskytuje, a je velmi důležitá pro tuto práci, je chráněné bydlení. Celkem provozuje 4 chráněná bydlení a to chráněné bydlení Vila Jitka, chráněné bydlení Kocourkov, chráněné bydlení 200 a chráněné bydlení 2001. Všechna bydlení jsou skupinová, v každém z nich společně bydlí 13-15 lidí v jedno, dvou nebo třílůžkových pokojích. V každém chráněném bydlení působí tým pracovníků,

který společně s klienty zajišťuje chod domu, a pomáhají jim s nácvikem jednotlivých dovedností péče o domácnost, jako je nakupování, vaření, úklid. Tato podpora je klientům k dispozici sedm dní v týdnu, 365 dní v roce od 8:00 do 20:00 hodin. Po osmé hodině večerní je k dispozici jedna krizová směna pro dva přilehlé domy (jedna pro Vilu Jitku a Kocourkov, druhá pro chráněná bydlení 200 a 201), která je připravena řešit nastalé neočekávané situace a problémy. Všechna chráněná bydlení dbají na dodržování určitých pravidel, která jsou pro společný komunitní život klíčová, vytyčují hranice, které poskytují bezpečí každému klientovi, který se rozhodne službu využívat. Jedním z nejdůležitějších pravidel pro bezpečnost všech je pravidlo čistého bydlení. Do chráněného bydlení je přísně zakázáno přinášet jakékoliv návykové látky (výjimku tvoří tabákové výrobky), je zakázáno jejich požití ve vnitřních prostorách domu (jedná se o již zmíněné cigarety). Zároveň je zakázáno vstupovat do chráněného bydlení již pod vlivem návykových látek. V takovém případě jsou pracovníci povinni vykázat klienta pod vlivem návykových látek mimo prostor chráněného bydlení a návrat je možný až po úplném vystřízlivění. Služba chráněného bydlení je stejně jako podpora samostatného bydlení zpoplatněna. Klient platí nájem, příspěvek na komunitní stravování (může se však stravovat i individuálně) a další náklady, dle typu bydlení jsou náklady v rozmezí 5 101 Kč – 6 180 Kč. Za hodinu podpory od pracovníků je účtována částka 100 Kč. (Chráněné bydlení)

4.2. Metody práce s klienty

Základní metodou, se kterou terapeuti s klienty pracují, je metoda recovery, neboli v českém překladu zotavení / uzdravení. Jedná se o filosofický přístup v péči o osoby se schizofrenií, který je založen na tvrzení, že pro duševní a chronické onemocnění neplatí premisa, že po uzdravení přichází zotavení, ale zotavení je součástí léčby od začátku. V rámci metody recovery se podporují kompetence, které následně vedou k životu jako zdravého člověka. Cílem je tedy zlepšení kvality života a duševní pohody nemocného a také napomoci získat vládu nad svým vlastním životem. Důležitým předpokladem pro úspěch je navázání důvěrného vztahu s klientem, založeném na důvěře a podpoře. (Warner, 2009)

5. Kvalita života

Cílem práce je zjistit vliv chráněného bydlení na zkvalitnění života osob s duševním onemocněním, proto je důležité na závěr teoretické části práce definovat pojem kvalita života. Pojem kvalita života je pojem všeobecně známý a hojně využívaný, avšak také poměrně abstraktní. Každý jedinec si většinou pod pojmem představí něco trochu jiného. Pro jednoho určují kvalitu života materiální statky, pro druhého je to vzdělání, pro třetího rodina a pro dalšího to může být zvládání samostatného života s duševním onemocněním.

5.1. Definice

Do dnešní doby tedy nebyla stanovena jednotná definice pojmu kvalita života, proto pro účely této práce budu vycházet ze slovníku sociální práce, který pojem definuje následovně: „komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče, jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. O životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá definovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástrojem užívaným k hodnocení kvality života jsou obvykle sebeposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, ... Kombinace metod je vždy vhodnější než spoléhat na validitu jedné metody. Kvalitu života však až na výjimky nelze určovat nezávisle na informacích od posuzovaného člověka.“ (Matoušek, 2003)

5.2. Faktory ovlivňující kvalitu života

S kvalitou života každého jednotlivce úzce souvislé uspokojování lidských potřeb. Jejich uspokojování je individuálním přesto primární potřeby a potřeba jejich uspokojování je všem společná.

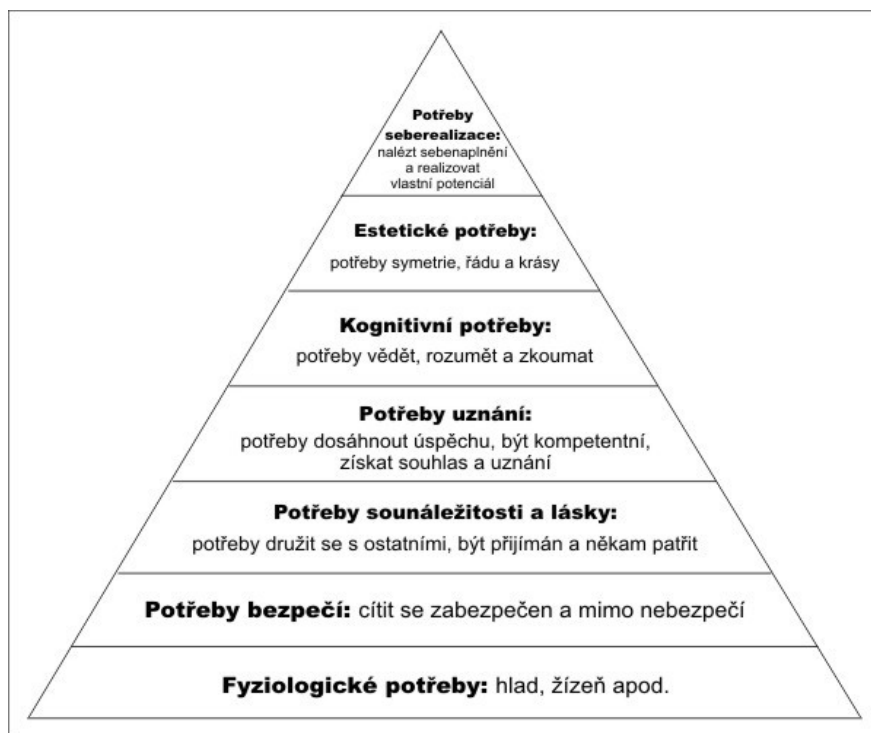
Nejnámější klasifikaci lidských potřeb definoval v polovině 20. století americký psycholog Abraham Maslow. Potřeby rozdělil do sedmi následujících kategorií:

- fyziologické potřeby – jídlo, pití, kyslík, sexuální potřeby, spánek
- potřeba bezpečí – jistota, stabilita, potřeba bezpečí
- potřeba sounáležitosti a lásky – potřeba být milován a milovat
- potřeba uznání- touha po úctě a respektu

- potřeba kognitivní – touha po vědění, chápání, poznání
- potřeby estetické – touha po zažívání něčeho krásného
- potřeby seberealizace – touha člověka po sebeuplatnění a sebenaplnění
- potřeba přesahu – touha po nadosobních citech, pro které stojí za to přinést krajní oběti

Těchto 7 kategorií rozdělil do dvou skupin, první z nich označil jako D-potřeby (potřeby deficitní neboli nedostatkové, potřeby odstranění nějakého nedostatku), způsobují napětí, pokud nejsou uspokojeny. Od pátého bodu definoval druhou skupinu jako B-potřeby (tzv. vyšší potřeby, potřeby dosažení něčeho), uspokojení jejich sílu zvětšuje. (Helus, 2011)

Obrázek č. 2 – Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: <https://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/2/>

5.3. Kvalita života osob s duševním onemocněním

Jakékoli onemocnění, ať už fyzické či duševní, je výrazným ovlivněním života jedince. Základním pilířem pro kvalitu života člověka se schizofrenií je nastavení správně léčby psychofarmaky a také podpora v jejich užívání k předejití relapsu. Nejčastější příčinou relapsu a tedy znovu opakování ataky je vysazení léků nebo jejich nepravidelné

užívání. Již samotné pravidelné užívání léků může být jednou z příčin pro subjektivní pocit nemocného o snížení jeho kvality života.

Při pohledu na Maslowovu pyramidu potřeb a jejím porovnáním s předchozími stránkami je zřejmé, že u pacientů s diagnostikou schizofrenie je narušeno uspokojování jak základních, tak vyšších potřeb. Jak již bylo zmíněno dříve, nemoc doprovázejí různé symptomy jako je nespavost či změny chuti k jídlu, tím jsou tedy ovlivněny základní fyziologické potřeby. Potřeba bezpečí je narušena pozitivními symptomy, bludy a halucinace nemocnému rozhodně pocit vlastního bezpečí nevyvolávají. Nemocný se také často dostává do společenské izolace a to buď z důvodu, že nemoc omezuje jeho schopnost navazovat a udržovat mezilidské vztahy nebo z důvodu předsudků velké části společnosti vůči nemoci. S tím také souvisí selhání potřeby uznání, kterého se zpravidla nemocnému nedostává. Člověk s duševním onemocněním se také často potýká s nedostatkem financí, neboť nemoc silně ovlivňuje jeho schopnost pracovat a často jeho jediným příjmem je invalidní důchod.

Je zřejmé, že duševní onemocnění ovlivňuje kvalitu života ve všech aspektech. Proto podpora nemocného je důležitým faktorem pro jeho zlepšení. Stabilní podporované bydlení, kterého se dostává v rámci chráněného bydlení, je jedním z nejdůležitějších. Bezpečné bydlení dává pocit bezpečí, jistoty a stability. Terapeutická práce v rámci chráněného bydlení napomáhá zlepšit ostatní aspekty života nemocného. V následující části práce se pokusím zjistit, jak velký vliv má skutečně chráněné bydlení na kvalitu života schizofrenika.

6. Praktická část

6.1. Kvalitativní výzkumná metoda

Jedná se o nematematickou výzkumnou metodu, která zpravidla zkoumá oblasti týkající se života jednotlivců či skupin lidí, jejich příběhů, chování, ale také se využívá při zkoumání organizací a jejich chodů, společenských hnutí a vzájemných vztahů. Z výzkumu jsou vyloučeny všechny číselné a statistické výpočty. Kvalitativní metoda umožňuje hlubší poznání kontextu zkoumaného jevu. (Kutnohorská, 2009)

6.2. Technika sběru dat

U polostrukturovaného rozhovoru (také nazývaného jako částečně standardizovaným rozhovorem) je pevně stanová strategie, ale má uvolněnou taktiku. Tazateli je umožněno udržení určitého řádu a možnosti probrání všech důležitých položek potřebných ke konečnému vyhodnocení. Zároveň však tazateli zůstává volnost ve formulování otázek a přístupu k dotazovanému. Otázky při polostrukturovaném rozhovoru mohou být přímé, nepřímé nebo projektivní. (Jedlička, Kořa, Slavík, 2018)

Vzhledem k cílové skupině této bakalářské práce (osoby s duševním onemocněním – schizofrenií) považují polostrukturovaný rozhovor jako nejvhodnější formu výzkumu. Klienti chráněného bydlení ne vždy zcela rozumí otázkám, je jim tedy nutné otázky přeformulovávat, doplňovat, objasňovat, co je otázkou myšleno. Dále často odpovídají úsečně, stručně a je nutné se doptávat na rozšíření jejich odpovědí. To je i jeden z důvodů, proč jsem v některých otázkách použila hodnotící škálu, která posloužila jako pomůcka k možnému doptávání klientů.

6.3. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká subjektivní pozitiva přináší klientovi chráněné bydlení. Další jaký vliv má chráněné bydlení na rozvoj samostatnosti klientů, jakým způsobem žili před využíváním služby chráněného bydlení a proč se rozhodli službu chráněného bydlení využívat.

Před provedením rozhovorů s klienty jsem si stanovila následující hypotézy:

- Klienti jsou v chráněném bydlení spokojeni.
- Klienti díky chráněnému bydlení získávají pracovní návyky.

- Klienti si díky chráněnému bydlení osvojují pravidelný režim a zodpovědnost.

6.4.Respondenti

Respondenty mého výzkumu se stali klienti chráněného bydlení Kocourkov, spravovaného neziskovou organizací Bona o.p.s., které se nachází na adrese U Drahaně 144, 181 00 Praha 8, v těsné blízkosti Psychiatrické nemocnice Bohnice. Vedoucím pracovníkem bydlení Kocourkov je Bc. Iveta Tichá. V domě se nacházejí tři jednolůžkové pokoje, čtyři dvoulůžkové a jeden třílůžkový pokoj, které obývá 8 žen a 6 mužů.

Sběr dat proběhl v jeden červnový pátek dopoledne. Na pravidelné společné komunitě, které se účastnilo 9 klientů (zbytek již odjel na víkend mimo chráněné bydlení), jsem účastníky seznámila s tématem své bakalářské práce, vysvětlila jim, co bych od nich potřebovala a požádala je, zda by se mezi nimi našli dobrovolníci, kteří by si se mnou popovídali o jejich životě v chráněném bydlení. Cílem bylo, aby se klienti účastnili zcela dobrovolně a necítily se do něčeho tlačeni. Po počáteční nedůvěře k výzkumu (která je u paranoidních schizofreniků, kterých je zde převaha, zcela pochopitelná) se přihlásilo 5 klientů. V rámci zachování anonymity, kterou jsem klientům slíbila, je budu označovat jako Klient 1-5.

Tabulka č. 1 – Účastníci výzkumu

Klient	Pohlaví	Věk	Vzdělání
1	žena	42 let	vysokoškolské – Ing.
2	žena	55 let	vysokoškolské – Ing.
3	žena	60 let	vyučena
4	muž	62 let	vyučen
5	muž	53 let	vyučen

Klientka 1 a 2 dosáhly vysokoškolského vzdělání, jedna na České zemědělské univerzitě, druhá na Vysoké škole ekonomické. Osoby trpící schizofrenií nemají automaticky inteligenci nižší, stejně jako v běžné populaci se inteligence schizofreniků pohybuje v rozmezí tzv. Gaussovy křivky. Což však schizofrenie narušuje, jsou kognitivní procesy, které mají na učení velký vliv. Pokud tedy schizofrenie propukne u jedince před začátkem studia na vysoké škole, je velmi pravděpodobné, že vysokoškolského titulu nedosáhne. Pokud první ataka přijde během studia, je dokončení velice náročné. Příkladem

je Klientka 1, která dle svých slov vysokou školu začínala jako nejlepší a končila ji jako jedna z nejhorších s odřenýma ušima. Studium pro ni bylo velice náročné, neboť bylo protkáno hospitalizacemi v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

6.5. Průběh výzkumu

Rozhovory jsem prováděla jednotlivě s každým klientem, v soukromí a každý z rozhovorů trval přibližně 30 minut. Na začátku každého rozhovoru jsem se snažila s klienty navázat nezávazný rozhovor (tzv. small talk), jehož cílem bylo uvolnění atmosféry a rozpovídání respondenta. Ačkoli jsem pro klienty nebyla neznámý člověk, jakmile se dozvěděli, že rozhovor je prováděn za účelem výzkumu k závěrečné práci na vysoké škole, byli z toho nervózní a nevěděli, co čekat.

V rámci samotného výzkumu jsem měla předem připravený seznam otevřených otázek, na které jsem chtěla získat odpověď, dále je doplňovala otázkami, které přirozeně vyplývaly z odpovědi na základní otázky, často jsem se také doptávala a ujišťovala se, zda jsem jednotlivé odpovědi pochopila správně.

Rozhovory s klienty 1-4 probíhaly velmi dobře. Klientky 1 a 2 byly velmi upovídané, sdílné, nemusela jsem se příliš doptávat, samy od sebe rozváděly své odpovědi a povídaly o spoustě věcí nad rámec stanovených otázek. Klienti 3 a 4 mi ochotně odpovídali na připravené otázky, avšak poměrně stručně, většinou jen několika slovy, na doptávání často moc nereagovali a nad rámec rozhovoru nebyli ochotni nic povídat. Rozhovor s klientem 5 byl velmi náročný. Ačkoli sám svůj současný psychický stav hodnotil jako ustálený, v den rozhovoru byl velmi zmatený a roztržitý. V půlce odpovědi na položenou otázku začal odpovídat na zcela něco jiného, nesouvisejícího s danou otázkou, často zcela nesmyslného. Rozhovor jsem tedy musela často korigovat, k většině otázek se několikrát vracet, a přesto se mi nepovedlo získat plnohodnotné odpovědi na všechny otázky.

6.6. Analýza a interpretace získaných dat

V této části práce popíšu jednotlivé otázky rozhovoru (v rámci rozhovoru padlo celkem 14 hlavních otázek), uvedu odpovědi respondentů a na jejich základě se je pokusím zanalyzovat, definovat příčiny, důsledky a také odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

Otázka č. 1

Jako první jsem od klientů zjišťovala, jak dlouho využívají službu chráněného bydlení.

Tabulka č. 2 – Délka pobytu v chráněném bydlení

Klientka 1	3 měsíce
Klientka 2	4 měsíce
Klientka 3	4 roky
Klient 4	4 roky
Klient 5	3 roky

Větší část klientů chráněného bydlení Kocourkov využívá službu již delší dobu, proto jsem byla moc ráda, když se mi k rozhovoru přihlásily i dvě klientky, které jsou ve službě pouze několik měsíců a budu moci porovnávat jejich zkušenosti se zkušenostmi klientů, kteří službu využívají již několik let. Předpokládala jsem, že klientky s kratší dobou pobytu budou ke službě méně kritické a budou při rozhovoru více otevřené, což se mi během také potvrdilo. Čas strávený s nimi výrazně převyšoval čas strávený se zbylými třemi klienty.

Otázka č. 2

Dále mě zajímalo, kde klienti žili před příchodem na chráněné bydlení a jak by hodnotili svůj předchozí způsob bydlení.

Klientka 1 – „*Rok v Bohnicích, předtím s kamarádkou – hrozně se mi to líbilo, kamarádka byla hrozně empatická a příjemná.*“

Klientka 2 – „*Já jsme předtím žila 20 let v Itálii, s přítelem. On byl starší, živil mě, to se mi líbilo. Ale nebyl rozvedený, takže když umřel, tak mi nezůstalo vůbec nic. Zůstaly mi jedny kalhoty, jedna halenka a skončila jsem na ulici.*“

Klientka 3 – „*Dva roky v nemocnici v Bohnicích, čekala jsem na chráněné bydlení. A předtím v bytě na Žižkově. S přítelem (pozn. autora – klient 4), se kterým teď žiji tady.*“

Klient 4 – „*Sem jsem přišel z Bohnic, předtím jsme byli s přítelkyní (pozn. autora – klient 3) v bytě na Žižkově, tam jsme ale měli hrozný sousedy, co nás pořád vytápěli, tak jsme se tam už nechtěli vrátit.*“

Klient 5 – „*Z nemocnice, před nemocnicí jsem bydlel s kamarády v bytě. Líbilo se mi to, ale pocity jsem z toho měl smíšený.*“

Všichni klienti, kromě jedné klientky, bezprostředně před příchodem do chráněného bydlení byli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici Bohnice, na různě dlouhou dobu, minimálně však na 12 měsíců. Pobyť v PN Bohnice žádný z hospitalizovaných klientů nehodnotí kladně, především si stěžovali na velké množství medikace, kterou měli předepsanou, velké množství lidí v jednom pokoji, žádné soukromí, velice přísný režim a také nepřiměřeně dlouhou dobu hospitalizace.

Pokud pomineme období hospitalizace v PN Bohnice (u čtyř klientů) a života na ulici (u jedné klientky), tak předchozí období subjektivně hodnotí velmi kladně, což jsem před rozhovory zcela neočekávala. Domnívala jsem se, že chráněné bydlení volili jako novou alternativu bydlení, protože se způsobem života v předchozím prostředí nebyli spokojeni. Dále jsem předpokládala, že příchodu do chráněného bydlení předcházelo bydlení s rodinou, což se mi také nepotvrdilo.

Otázka č. 3

Další otázku jsem směřovala k důvodům, proč se rozhodli využívat službu chráněného bydlení.

Klientka 1 – „*Dlouho mi to doporučovala terapeutka, když jsem dodělala vysokou školu, tak jsem si řekla, že je čas se začít osamostatňovat od rodičů a zkusila jsem chráněné bydlení od České asociace pro psychické zdraví a měla jsem ohromně dobrou zkušenost. Až když jsem ho vyzkoušela, tak jsem pochopila, k čemu je to dobrý. Tohle už je moje třetí komunita a ve všech jsem byla hrozně spokojená.*“

Klientka 2 – „*Já jsme po smrti přítele skončila na ulici, čtyři měsíce jsem spala na lavičce. Tak jsem byla moc ráda, když se přes ambasádu dohodlo tady to. My jsme spolu s panem vedoucím mluvili spolu dvakrát přes Skype a já se rozhodla, že se teda vrátím do Čech a půjdu bydlet sem. Mě to přišlo hrozně zvláštní, že budu mluvit řečí, na kterou jsem nebyla zvyklá.*“

Klientka 3 – „*Já jsem oslepla a přítel se o mě jako o slepou nemohl starat a šel se léčit taky do Bohnic, protože měl depresi, tak jsme oba skončili na pavilonech. V nemocnici mi pak zařídili operaci očí, měla jsem dvojitý šedý zákal, tak teď pěkně vidím. My jsme se pak nemohli už vrátit do bytu, takže tohle bydlení byla volba, abych neskončila na ulici. Tady byl moc hodný Petr Vítek, který nám pomohl.*“

Klient 4 – „*My jsme se neměli kam vrátit, tak nám nabídli, že bychom mohli jít sem.*“

Klient 5 – „*Mě to tak popadlo. Já mám slabší vůli a strach, a když se to spojí do hromady, tak prostě potřebuju pomoci.*“

U čtyř klientů byla volba chráněného bydlení nutností, než 100 % svobodnou volbou, neboť neměli kam jít po propuštění z Psychiatrické nemocnice. Pouze jedna klientka se pro službu rozhodla dobrovolně, na základě dvou předchozích pozitivních zkušeností.

I když mi ze začátku přišlo překvapivé, že se většina respondentů shodla na odpovědi, že službu začali využívat jen proto, že neměli kam jít, nakonec mi to přijde logické. Dlouhodobá hospitalizace v nemocnici představuje pro pacienty velké narušení všech oblastí lidského života, především v rámci sociálních kontaktů, které jsou hospitalizací často zcela ukončeny. Dále v naší společnosti přetrvává stigma⁴ ohledně duševních onemocnění, kdy najít si vhodné bydlení může být pro schizofreniky velmi těžké. Dalším problémem jsou také finance, kterých se klientům také často nedostává.

Otázka č. 4

Následovala otázka, co od služby chráněného bydlení očekávali.

Klientka 1 – „*Já jsem trošku čekala, že to tady bude fajn a to se splnilo.*“

Klientka 2 – „*Já sem vůbec nevěděla, co mám čekat. Já jsem na skypu viděla jenom vedoucího a nic jiného. Předtím jsem o takovém bydlení vůbec nevěděla.*“

Klientka 3 – „*My jsme s Jirkou žádný očekávání neměli, hlavně abychom měli kde bydlet.*“

Klient 4 – „*My jsme neměli kam jít, takže jsme hlavně chtěli, abychom tady měli postel a střechu nad hlavou, jinak nám to bylo jedno, my jsme nenároční.*“

Klient 5 – otázka zůstala bez odpovědi

⁴ Jev, kde je jedinec s určitou vlastností, která je odsouditelná společností, kde se nachází, odsouzen na základě této vlastnosti. Stigma je právě ten proces, kdy reakce ostatních naruší jeho normální identitu. (Goffman, 1963)

Pro klientku 1 se jednalo již o třetí využití služby chráněného bydlení a věděla tedy, do čeho jde. Na základě pozitivních zkušeností z předchozích pobytů v jiných zařízeních očekávala pozitivní zkušenost i tady, což se jí splnilo. U zbylých třech klientů, kteří mi na otázku odpověděli, se skutečně ukazuje jejich zoufalá situace před rozhodnutím využívat tuto službu, neboť klienti se rozhodli službu využívat proto, aby měli kde bydlet. Dle jejich slov předtím o chráněném bydlení vůbec neslyšeli a žádné informace, než ty, které jim předali pracovníci, si ani nezjišťovali. Pro běžného člověka velmi těžko představitelná situace, pro člověka s duševním onemocněním, který poslední rok/roky strávil v psychiatrické nemocnici a měl velmi omezený kontakt se světem a omezený přístup ke zjišťování informací, zcela pochopitelné. Střecha nad hlavou zpravidla přináší pocit bezpečí, jak také definoval Abraham Maslow a patří mezi primární potřeby, nazývané deficitní.

Otázka č. 5

Následovala otázka, jak jsou klienti se službou chráněného bydlení spokojeni. A kdyby ho měli hodnotit jako ve škole, jakou známku by dostalo.

Klientka 1 – *„Jsem hrozně spokojená, jako ve škole bych to hodnotila na jedničku s hvězdičkou.“*

Klientka 2 – *„Hodnotila bych to známkou dvě. První dojem nebyl moc dobrý, ale zlepšuje se to.“*

Klientka 3 – *„Já jsem tady spokojená, hodně spokojená. Je to jasná jednička.“*

Klient 4 – *„Tady jsem spokojený. Jako ve škole by to byla jednička.“*

Klient 5 – *„Tady jsem spokojenější, než jsem byl na bytě s kamarády. Byla by to taková dvojka.“*

Všichni klienti jsou se službou chráněného bydlení spokojeni. Nejvíce spokojená je Klientka 1, která službu využívá nejkratší dobu, což by mohlo mít kauzální spojitost. Člověk zpravidla hodnotí svou situaci/stav lépe na začátku (například zaměstnání, partnerský vztah) než je tomu po delší době. Avšak další dvě hodnocení klientů, kteří službu využívají již 3 roky, jsou také velmi pozitivní, je tedy pravděpodobné, že se nejedná pouze o počáteční nadšení. Klientka 2 popisovala, že její první dojem z domu nebyl moc

dobrý, ale mluvila pouze o vzhledu domu, který se starší a také o starším vybavení, nikoli o službě samotné. Odpověď Klienta 5 přičítám zmatenosti, kterou jsem zmiňovala v úvodu. Když dříve bydlel s kamarády, tak se mu to líbilo, ve službě chráněného bydlení je spokojenější, než byl s kamarády, ale hodnotí ho známkou dvě a nebyl mi schopen odpovědět, co by bylo třeba zlepšit, aby službu hodnotil lépe.

V další části otázek jsem se zaměřila na subjektivní pohled na kvalitu života klientů z pohledu psychosociální rehabilitace, jejíž součástí je osvojování a podpora základních životních a osobních domén, jako je práce, učení, volný čas, zdraví, péče o sebe.

Otázka č. 6

Jako první mě z této oblasti zajímalo, jestli si klienti nějakým způsobem přivydělávají.

Klientka 1 – *„Žádným způsobem si nepřivydělávám, já mám poměrně vysoký důchod, za což jsem ráda a můžu si dělat, co chci.“*

Klientka 2 – *„Ještě ne, ale teď jsem si žádala o místo ve stánku tady vedle v občerstvení U Kocoura, v úterý mám mít pohovor. Tak bych si chtěla přivydělat, abych si mohla koupit něco navíc. Nějaké sýry, nebo třeba boty.“*

Klientka 3 – *„Ne, nepřidělávám. Já mám invalidní důchod, já už pracovat nebudu.“*

Klient 4 – *„Nenene. Na to už jsem starý.“*

Klient 5 – *„Ne, já nepracuju.“*

Schizofrenie je velice vážné onemocnění, které postihuje všechny oblasti lidského života a většině schizofreniků je přiznána invalidita a vyplácen invalidní důchod. Jen malé množství nemocných je schopno pracovat na plný úvazek v běžném pracovním režimu. Často si však alespoň přivydělávají, pokud jim to zdravotní stav dovoluje. Což však není případ mých respondentů. V tuto chvíli si nepřivydělává ani jeden z nich. Klientka 1 sama říká, že si přivydělat nemusí, protože má vysoký důchod. Její čas je však naplněn velkým množstvím aktivit, za které vykonává dobrovolně – stará se o zahradu Klubu Průhon v areálu PN Bohnice, o zahradu u vily Jitka, u vily Kocourkov a také se stará o zahradu rodičů v Kobylisích. Dále chodí pomáhat na farmu, kde se stará o zvířátka, chodím jím

kydat hnůj, krmit se. Klientka 2 z důvodu dlouholetého pobytu v zahraničí nemá žádné příjmy, v současné době se sociální pracovníci podávají žádosti na příspěvky, proto by si ráda přivydělávala. U klientky 3 a klienta 4 se absence zaměstnání se dá přičítat snížení psychických i tělesných funkcí, způsobené nejen nemocí, ale také i věkem. Klient 5 častěji střídá období zmatenosti a relativní lucidity, není to však na to, aby mohl mít stálý přivýdělek.

Otázka č. 7

Další otázka směřovala k trávení volného času.

Klientka 1 – „*Starám se o 4 zahrady, chodím pomáhat na farmu, chodím do šicí dílny, vedla jsem cvičení Pozdrav Monitoru*“

Klientka 2 – „*Háčkování, chození na procházky, letadla – tatínek pracoval na letišti.*“

Klientka 3 – „*Čtu si knížky, háčkuju, když mám dobrý nohy, tak chodím na procházky a na nákupy.*“

Klient 4 – „*Chodím kouřit ven, baví mě koukat na televizi.*“

Klient 5 – „*Vařím si hodně čaje a piju je, rád koukám na televizi, hodně chodím, prostě si tak lebedím.*“

Všichni klienti kromě jedné tráví svůj volný čas spíše pasivním způsobem a především v prostoru chráněného bydlení. Veškeré aktivity si klienti do chráněného bydlení přenesli z předchozího života, chráněné bydlení tedy nemělo žádný vliv. Tato informace mě poměrně překvapila, očekávala jsem větší zapojení klientů do různých aktivit prostřednictvím chráněného bydlení. Tuto skutečnost bych přičítala velké míře dobrovolnosti a benevolenci, kterou služba poskytuje, jak říkají sami klienti.

Otázka č. 8

Dále mě zajímalo, zda se klienti nějakým způsobem vzdělávají.

Klientka 1 – „*Já jsme tady chodila k jednomu pánovi, který byl jaderný fyzik na fyziku. Ale to byla fyzika pro základní školu, abych to pochopila, takže on mi dal učebnici, ale já tomu moc nedala, protože chtěl, abych dělala samostudium a já chtěla ty informace tahat přímo z něj.*“

Klientka 2 – „*Čtu různý časopisy.*“

Klientka 3 – „*Ne, já už se nechci vzdělávat. Já jsem obyčejná ženská a to mi stačí.*“

Klient 4 – „*Ne, k čemu by mi to teď už bylo.*“

Klient 5 – „*Ne, mě už nic nezajímá.*“

V oblasti sebevzdělávání mě odpovědi nepřekvapily, záporné odpovědi jsem očekávala. Ani ne tak z důvodu nemoci, ale z důvodu věku. Ačkoli dochází k masivnímu rozvoji vzdělávání dospělých a rozvoji univerzit třetího věku, o které je stále větší zájem, je celkový zájem o sebevzdělávání stále spíše okrajovou záležitostí. Domnívám se, že zájem Klientky 1 a 2 o určitou formu vzdělání je zapříčiněn vysokoškolským vzděláním magisterského stupně, kterého obě dosáhly.

Otázka č. 9

Další otázka směřovala k současnému zdravotnímu stavu, jak fyzickému, tak psychickému.

Klientka 1 – „*Ted' mi je celkem dobře, ale občas mívám záchvaty, že mi je blbě. Když jsem byla zavřená v Bohnicích, tak jsem to ani neříkala, protože jsem se bála, že by mě přepráškovali. Tady to klidně můžu říct, že mi je blbě a jdu si lehnout, nikdo to neřeší. Prostě to vyležím a druhý den mi je dobře a funguju.*“

Klientka 2 – „*Po fyzické stránce v pořádku. Když jsem se vrátila, tak mi sebraly všechny léky z Itálie a dali mi jiný, ty mi nefungovaly, tak mi je zase vyměnili. Ale teď už je to dobrý.*“

Klientka 3 – „*Dlouho mě teď bolela kyčel. A ještě předtím pata, zlobilo mě to strašně, ale už to je mnohem lepší. Pak mám tu schizofrenii, ale nevím jakou. Já nad tím nepřemýšlím. Prostě chodím na psychiatrii každý měsíc a tam mi napíší léky, popovídají si s námi.*“

Klient 4 – „*Nic mě netrápí. Fyzicky úplně, psychicky teď taky dobrý.*“

Klient 5 – „*Cítím se zdatný. Po fyzické stránce to je dobrý, po psychický je to teď ustálený.*“

Všichni klienti svůj zdravotní stav jak po psychické, tak po fyzické stránce hodnotí jako dobrý. V tomto případě si mohu dovolit s nimi nesouhlasit. Po fyzické stránce

mají Klienti 2-5 poměrně závažné obtíže, jedná například o cukrovku, hypertenzi, astma nebo také inkontinenci.

Po psychické stránce jsou všichni klienti stabilizovaní, pouze Klient 5 byl v den rozhovoru více zmatený, než je obvyklé. Pokud bych hledala nevýhody chráněného bydlení, bylo by to právě přenášení negativního stavu mezi klienty. Pokud jeden z klientů začne být neklidný, vzhledem ke zvýšené vnímavosti začnou být neklidní i další klienti. Následné období je velmi náročné jak pro klienty, tak pro klíčové pracovníky.

Otázka č. 10

Následující otázka směřovala ke schopnosti péče o sebe.

Klientka 1 – *„Já jsem zjistila, že když jsem byla v Bohnicích na pavilonu, kde byly samé holky, tak jsem se mohla sprchovat jenom tehdy, když přišel terapeut a měly jsme skupinu s terapeutem. Já jsem potřebovala toho chlapa, aby mě to donutilo se o sebe pečovat. Tady jsme namíchány, takže je to v pohodě. Vaříme si společně. Já jsem hrozně ráda, že můžu vařit pro někoho, sama pro sebe bych rozhodně takhle dobře nevařila. Když vařím pro někoho, tak mě to motivuje. A hrozně mě to baví. Jenom je to občas náročný, protože se toho vaří hodně, tak to odhadnout. Společně i nakupujeme. Ještě máme rozepsaný rajony na uklízení, ale přiznám se, že to moc nedodržuju. Když ráno vstanu a chce se mi zametat, tak prostě zametám, i když to nemám v rozpisu.*

Já musím bydlet s někým, abych se zvládala starat o domácnost. Já jsem zkoušela bydlet i sama, ale to jsem vydržela jen pár měsíců, já potřebuju podporu a motivaci jiných lidí.“

Klientka 2 – *„Já jsem se nikdy o domácnost starat nemusela, měli jsme s přítelem obrovský byt, tak platil na úklid služku. Takže tady si na všechno teprve zvykám a učím se tomu režimu, který tady mají.“*

Klientka 3 – *„Já jsem vždycky vařila, prala, uklízela, když jsme s přítelem bydleli na Žižkově. Ted' mi vyhovuje, že si ty povinnosti rozdělíme. Já už na ty nákupy chodit nemůžu, protože to je hrozně daleko a nemůžu nosit těžké věci. Takže místo toho vařím, uklízím, peru, prostě se starám jako vždycky.“*

Klient 4 – *„Mně hodně pomáhá přítelkyně, koupeme se společně. Občas vařím, to mě baví. Ale uklízí za mě Helenka a taky mi pere.“*

Klient 5 – „*Já hodně rád uklízím a vytírám, takže tady mám uklizeno. V tom mi pomohlo chráněné bydlení, předtím jsem nebyl vůbec schopný. Co se týče jednoduchých věcí, to já zvládnou. Ale nevařím, to já neumím a nebaví mě.*“

V rámci hypotézy jsem si stanovila, že chráněné bydlení napomáhá svým klientům osvojovat si návyky a režim. Tato hypotéza se mi potvrdila, respondenti potvrzují, že bydlení v rámci chráněného bydlení jim pomáhá jak s osobní hygienou, tak péčí o domácnost a vaření. O společné prostory se starají všichni obyvatelé chráněného bydlení dle předem daného rozpisu, takže se nemůže stát, že by toho na jednoho klienta bylo moc a úklid nezvládal, což si všichni klienti pochvalují. Dále si většina klientů společně vaří, mezi ně patří všichni moji respondenti. V rámci vaření mají rozdělené role, dle svých možností a schopností se zapojují do společné aktivity – někteří jen vaří, někteří jen chodí nakupovat, někteří zvládají obojí. Vše je založeno na vzájemné domluvě a toleranci.

Respondenti přiznávají, že kromě střechy nad hlavou, je pomoc v péči o sebe a domácnost nejvýznamnější složkou pomoci, kterou jim chráněné bydlení přináší.

Otázka č. 11

Další oblast, která mě velmi zajímala, byla oblast vztahová. Nejprve jsem se ptala, jaké vztahy jsou pro ně nejdůležitější. Všichni respondenti se shodli na tom, že nejdůležitější jsou pro ně vztahy přátelské. Jelikož většina z nich nemá rodinu nebo se s ní nestýká, tuto odpověď jsem očekávala.

Otázka č. 12

Na otázku o důležitosti vztahů navazovala otázka, zda mají na chráněném bydlení přátele a mimo něj.

Klientka 1 – „*Do chráněného bydlení jsem šla i kvůli tomu, že jsem si chtěla najít nové přátele. A povedlo se. Hodně spolu tady dobře vycházíme, protože máme hodně podobné zkušenosti s tou nemocí, takže se chápeme. Navzájem si můžeme říkat o svých problémech a nemusíme se bát, že ten druhý se na nás bude koukat divně, což mi přijde jako hodně velká výhoda. Pak mám hodně kamarádu v areálu Bohnic, protože jsem tam byla hodně krát hospitalizovaná, to je takové ghetto, skoro jako na vesnici, kde se všichni znají a zdraví se. Mimo už kamarády nemám, všechny jsem ztratila.*“

Klientka 2 – „*Já bydlím s Andreou, teď už s ní vycházím. Ze začátku nic nedělala, jenom se kopala do zadku, tak byla protivná. Teď už ale pracuje, tak je unavená a je to dobrý. S ostatníma je to taky dobrý. V Čechách žádný jiný kamarádky nemám, protože jsem byla dlouho v Itálii. A tam jsem taky žádný neměla, byla jsem pořád s tím přítelem.*“

Klientka 3 – „*Na tom nesejde, je některý den, kdy klient nemá dobý den a klidně vás seřve, ale to si prostě nemůžete brát. Musíte si říkat, že ten druhý je nemocný a že za to nemůže. Dneska má špatný den a zítra bude lepší. Ale jinak spolu vycházíme. Mimo chráněné bydlení se už s nikým nestýkám, mě úplně stačí přítel a tady ty lidi a mám toho až, až.*“

Klient 4 – „*Ostatníma vycházím jakž takž. Někdy je to úplně dobrý, jindy je nemůžu ani vidět.*“

Klient 5 – „*S ostatníma vycházím dobře. Venku už nikoho nemám, to je uzavřená kapitola.*“

Všichni klienti se shodli na tom, že na chráněném bydlení mají kamarády, vesměs spolu všichni mezi sebou vycházejí, byť občas někdo nemá svůj den. Jelikož ale všichni sdílí stejnou nemoc, stejné zkušenosti a problémy, chápou, že to zpravidla není myšleno osobně, ale je to ovlivněno nemocí. Osobně se domnívám, že společný jmenovatel schizofrenie má velký pozitivní vliv na společné vztahy.

Dále všichni respondenti uvedli, že mimo chráněné bydlení již žádné kamarády nemají. Každé onemocnění, nejen to duševní, přináší jistou míru izolovanosti, kdy se přátelé od nemocného straní, zvyšují se intervaly kontaktu, až může dojít k trvalému přerušení styků. Pokud toto platí u fyzických nemocí, u duševních to platí dvojnásob. Obzvlášť u tak závažného onemocnění jakým je schizofrenie.

Otázka č. 13

Dále mě zajímala oblast vztahů se zaměstnanci chráněného bydlení.

Klientka 1 – „*Já mám s nimi hodně dobré vztahy. Jsou tolerantní a chápaví. Jako hodně velké plus vidím, že člověk může říct, že mu je blbě a nedostane za to žádný postih.*“

Klientka 2 – „*S Ivetkou vycházím moc dobře, hodně moc mi pomohla, když jsem sem přijela.*“

Klientka 3 – „*Vycházím s nimi dobře. Většinou jsou moc hodný, ale občas nás tady taky všechny seřvou. Ale já si to tak neberu, jsou to také jenom lidi, třeba se doma pohádaly s tím svým, tak prostě nemají den.*“

Klient 4 – „*V pohodě, jsou na mě moc hodný.*“

Klient 5 – „*Dobře s nimi vycházím. Hlavně s Ivetou. I s Karolínkou jsem vycházel dobře, ale holky se neměly rády a ono to hrozně ovlivňuje.*“

Otázku na vztahy s pracovníky jsem položila z důvodu, že se domnívám, že právě pracovníci jsou klíčovými postavami ve vlivu chráněného bydlení na kvalitu života jejich klientů. Oni významným způsobem ovlivňují, jakým způsobem klienti tráví svůj volný čas, jak zvládají péči o sebe a domácnost, jak jsou v chráněném bydlení spokojeni. Z odpovědi respondentů vychází, že vztahy s klíčovými pracovníky jsou na velmi dobré úrovni, funguje zde vzájemný respekt a důvěra, která je v kontaktu s klienty klíčová, o to více u paranoidních schizofreniků. Z toho lze usuzovat, že i přes velký nedostatek pracovníků v sociálních službách, je organizace Bona o.p.s. schopna zajistit kvalitní zaměstnance.

Otázka č. 14

Poslední věc, kterou jsme zjišťovala, byly přání klientů do budoucna.

Klientka 1 – „*Já bych si ráda tady našla partnera, se kterým bych potom bydlela u nás na chalupě.*“

Klientka 2 – „*Přeji si, abych byla zdravá a měla jsem co nejmíň léků. Tady odsud nechci odcházet, protože opravdu nemám kam jít.*“

Klientka 3 – „*Až tady skončíme, abychom měli nějaký ten hezký byteček a aby se nám s přítelem dařilo a měli jsme se rádi.*“

Klient 4 – „*Chtěli bychom nejdřív do sociálního, pak do samostatného bydlení. Petr Vitek o tom ví, on je hrozně šikovný a říkal, že nám to zařídí.*“

Klient 5 – „*Já žádný sny nemám, já žiju tím, co je teď a neřeším, co bude zítra.*“

Při závěrečné odpovědi mě potěšilo, že většina klientů přemýšlí nad tím, co jim ještě budoucnost může přinést a navzdory svému vážnému onemocnění se nevzdali. Tři z respondentů dokonce plánují svou budoucnost mimo chráněné bydlení a všichni tři doufají, že jim s další budoucností právě chráněné bydlení pomůže. Domnívám se, že nejen u osob

s duševním onemocněním je důležité myslet pozitivně a věřit, že ačkoli jsou oproti běžné společnosti znevýhodněni, neznamená to, že se nemohou mít dobře.

Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována problematice kvality života osob s duševním onemocněním (se zaměřením na osoby se schizofrenií) a na vliv chráněného bydlení na jeho zkvalitnění. V teoretické části jsem se nejprve věnovala schizofrenii – od definice pojmu, přes symptomy po léčbu, poté jsem se věnovala základním pravidlům sociální práce s osobami s duševním onemocněním, dále pak chráněnému bydlení a také neziskové organizaci Bona o.p.s., která provozuje chráněné bydlení Kocourkov, ve kterém jsem prováděla výzkumné šetření. Na závěr teoretické části jsem také definovala pojem kvalita života, který se prolíná celou bakalářskou prací.

V praktické části jsem hledala odpověď na hlavní výzkumnou otázku, kterou jsem si stanovila v úvodu práce a to: „Jaká subjektivní pozitiva přináší chráněné bydlení klientům?“. Odpověď, nejen na tuto otázku, jsem hledala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 5 klienty služby. Pro většinu klientů, se kterými jsem vedla rozhovor, je největší přínos chráněného bydlení v tom, že mají střechu nad hlavou a místo, které mohou nazývat domovem. Což je i zároveň odpověď na další výzkumnou otázku, proč se klienti rozhodli využívat službu chráněného bydlení. Čtyři z pěti respondentů nemělo kam jít.

V oblasti vlivu na samostatnost respondenti potvrdili, že největší vliv má chráněné bydlení v oblasti osobní hygieny, úklidu a vaření. Tím se mi potvrdila hypotéza, že chráněné bydlení napomáhá k vytvoření pravidelného režimu a zodpovědnosti. Naopak k vyvrácení hypotézy dochází v oblasti práce, kdy chráněné bydlení nemá na klienty žádný vliv. Tuto skutečnost však přičítám skupině, se kterou jsem vedla rozhovory (a především jejich věku). Jiní klienti (mladší) si přivydělávají a práci jim pomohlo získat právě chráněné bydlení.

Vztahy, které klienti navazují, jsou pouze s dalšími klienty, chráněné bydlení je tedy jejich hlavním ovlivňovatelem. Je to i jeden z důvodů, proč organizace si své klienty pečlivě vybírá a snaží se o vytvoření takové komunity, která si bude vzájemně vyhovovat a co nejvíce pomáhat.

Většinou příchodu do chráněného bydlení předcházela hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, která trvala déle než jeden rok. Předtím klienti žili s kamarády nebo partnery, žádný z nich s rodinou. Ačkoli všichni svůj předchozí život hodnotili pozitivně, z rozhovorů vychází, že v chráněném bydlení jsou spokojenější, než

byli předtím. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, je sdílené společné zkušenosti s duševním onemocněním.

Šetřením se mi povedlo odpovědět na všechny výzkumné otázky a z rozhovorů se domnívám, že chráněné bydlení má důležitou roli ve spokojenosti s kvalitou života dotazovaných klientů. Osobně si myslím, že institut chráněného bydlení není dostatečně podporován. Často to je i z důvodu nedostatku financí, nejen na budování nových bydlení, ale také na provoz stávajících. Avšak sama nezisková organizace Bona o.p.s. je jasným důkazem, jaký je o službu zájem. V současné době mají naplněna všechna lůžka na čtyřech domech chráněného bydlení (celkem 57 lůžek) a zároveň mají na čekací listině desítky žadatelů.

Ačkoli jsem odpověděla na všechny výzkumné otázky a potvrdilo se mi, že chráněné bydlení má pozitivní vliv na život osob s duševním onemocněním, můj výzkum má i určité limity. Především se jednalo o náročnou skupinu respondentů a šlo o můj první výzkum formou rozhovorů, proto jsem v určitých momentech mohla být nedůsledná/nepozorná a nevytěžila jsem z odpovědí tolik, kolik jsem mohla. Druhým limitem výzkumu je právě zmíněná náročná skupina respondentů. Jedná se o lidi s duševním onemocněním, ve většině případů s paranooidní schizofrenií. Existuje zde tedy možnost, že ne všechny odpovědi odpovídají skutečnosti, a kdybych rozhovory prováděla v jiný den, dostala bych zcela jiné odpovědi, ačkoli mi klienti tvrdili, že se v době rozhovoru cítili dobře.

Seznam použitých zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.

BENDA, Jan. *Mystika a schizofrenie: mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. V Ústí nad Labem: Jan Benda, 2007. ISBN 978-80-254-0367-9.

V Česku je 100 tisíc schizofreniků. Jaký těžký je jejich život? ČTK. [online]. Praha: ČTK [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/domaci/zdravotnictvi/240453-v-cesku-je-100-tisic-schizofreniku-jaky-tezky-je-jejich-zivot/>.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-8642-921-0.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

Chráněné bydlení. Bona o.p.s. [online]. Praha: Bona [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chrane-bydleni>.

JEDLIČKA, Richard, Jaroslav KOŤA a Jan SLAVÍK. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0586-1.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-8024721385.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-8663-340-3.

Podpora samostatného bydlení Praha 8 (tréninkové byty). Bona o.p.s. [online]. Praha: Bona [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/podpora-samostatneho-bydleni-praha-8-treninkove-byty>.

PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Praha: Janssen-Cilag, 1998.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁ TALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-232-9.

Sociální rehabilitace - oblast práce. Bona o.p.s. [online]. Praha: Bona [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/rehabilitace>.

Výroční zpráva 2007. Bona o.p.s. [online]. Praha: Bona, 2008 [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: http://www.bona-ops.cz/sites/www.bona-ops.cz/files/dokumenty/vyrocní_zpráva_2007.pdf.

Výroční zpráva 2017. Bona o.p.s. [online]. Praha: Bona, 2018 [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: http://www.bona-ops.cz/sites/www.bona-ops.cz/files/dokumenty/vyrocni_zprava_2017.pdf.

WARNER, Richard. *Recovery from schizophrenia and the recovery model*. *Current opinion in Psychiatry*. 2009(4), 374-380.

ZAHRADNÍČEK, Tomáš. *Slovník cizích slov*. Praha: TZ-one, 2013. ISBN 978-80-8787-304-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [Online] Praha, 2006 [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf.

Seznam obrázků a tabulek

Obr. č. 1 – Neurobiologie schizofrenie – možné kauzální souvislosti	9
Obr. č. 2 – Maslowova pyramida potřeb	23
Tab. č. 1 – Účastníci výzkumu	26
Tab. č. 2 – Délka pobytu v chráněném bydlení	28

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Seznam otázek k rozhovoru

Příloha č. 1 – Seznam otázek k rozhovoru

1. Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?
2. Kde jste žil/-a před příchodem do chráněného bydlení?
3. Proč jste se rozhodl/-a využívat službu chráněného bydlení?
4. Než jste přišel/-a do chráněného bydlení, co jste od toho očekávali?
5. Jak jste tady spokojen/-a? jakou známku byste chráněnému bydlení dal/-a, kdybyste ho hodnotili jako ve škole, kdy 1 je nejlepší a 5 nejhorší?
6. Pracujete, přivyděláváte si?
7. Jak trávíte volný čas?
8. Vzděláváte se? Zajímáte se o nové informace?
9. Jaký je v současnosti Váš zdravotní stav?
10. Jak zvládáte péči o sebe?
11. Jaké vztahy jsou pro vás důležité?
12. Máte v chráněném bydlení přátele? A mimo něj?
13. Jak vycházíte s pracovníky chráněného bydlení?
14. Máte do budoucna nějaké přání, sny, které byste si chtěl/-a splnit?